FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 23 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Albert ANDRÉ

Né à Savigny-sur-Orge, le 16 octobre 1882

LA TÉTÉE ARTIFICIELLE

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges { MM. WALLICH, *agrégé*
POTOCKI, *agrégé*
COUVELAIRE, *agrégé*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur
15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Cl. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	**CHAUFFARD**
Pathologie expérimentale et comparée	LOGE[illegible]
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Chirurgie

M. le Docteur GUINARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
M. le Professeur agrégé MORESTIN, chirurgien des Hôpitaux.
M. le Docteur ROUTIER, chirurgien des Hôpitaux.
M. le Professeur agrégé SÉBILEAU, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

Médecine

M. le Docteur AUCLAIR, médecin des Hôpitaux.
M. le Docteur BROCQ, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
M. le Docteur GRIFFON, médecin des Hôpitaux.
M. le Docteur HUDELO, médecin des Hôpitaux.
M. le Docteur TAPRET, médecin de l'Hôpital Lariboisière.
M. le Docteur LACOMBE, médecin de l'Hôpital Beaujon.

Accouchement

M. le Professeur PINARD.
M. le Professeur agrégé WALLICH.
M. le Docteur MOUCHOTTE, chef de clinique à la Maison d'accouchements Baudelocque.

En témoignage de ma reconnaissance.

LA TÉTÉE ARTIFICIELLE

INTRODUCTION

Sous le nom de « tétée artificielle » (1) M. le professeur agrégé Wallich nous a engagé à chercher dans quelles occasions il serait intéressant d'expérimenter un nouvel appareil, imaginé par M. de Rohan, destiné à traire le lait et présenté à la Société d'obstétrique et de pédiâtrie, à la séance de décembre 1908 par M. le professeur agrégé Couvelaire (2).

Nous avons pensé qu'il serait bon de l'employer dans tous les cas où la succion directe de l'enfant est difficile ou impossible.

Parmi les causes qui mettent un obstacle à l'allaitement maternel, les unes tiennent à la mère et

---

1. Wallich. *Société obstétrique, gynécologie et pédiâtrie*, juillet 1909.

2. *Revue d'obstétrique et de pédiâtrie*, décembre 1908.

les autres à l'enfant. Du côté de la mère il faut incriminer surtout les malformations du mamelon. Il y a des mamelons courts, plats, parfois même ombiliqués. Nous avons donc recherché dans le service les femmes qui rentraient dans cette catégorie et nous avons étudié les avantages que nos tétées pourraient leur donner.

Beaucoup de femmes et particulièrement les primipares sont exposées aux crevasses qui rendent le plus souvent l'allaitement intolérable, dès les premières tétées.

Nous avons voulu voir si les nôtres seraient mieux supportées et permettraient à ces femmes de guérir plus rapidement tout en continuant à nourrir.

Du côté de l'enfant nous avons cru trouver une indication suffisante pour la série des débiles et des prématurés, incapables de prendre le sein maternel et pour lesquels l'allaitement artificiel est si meurtrier : « chez les enfants nés avant terme, écrit M. Marfan, chez ceux qui naissent débiles ou qui le deviennent, à la suite d'une maladie qui les atteint dans les premiers temps de la vie, l'élaboration des ferments internes est si faible qu'aucun aliment ne pourra remplacer le lait de femme ; ils deviennent athrepsiques et meurent si on les en prive » (1).

Nous avons enfin pensé que nous avions peut-être là un moyen précieux de conserver le bénéfice du lait

---

1. A.-B. Marfan. *Traité de l'allaitement maternel.*

de la mère à ces nouveau-nés, porteurs d'une malformation qui les rend absolument inaptes à prendre le sein. Nous avons été assez heureux pour suivre l'un d'eux pendant un mois. Cet enfant présentait un bec de lièvre avec fissure de la voûte palatine.

Nous avons pu observer durant cette période la courbe des poids de l'enfant et apprécier chez la mère la marche de la sécrétion lactée.

Au terme d'un travail qui nous permet de présenter seulement dix-huit observations, nous nous excusons de ne pas avoir pu en réunir davantage, mais nos observations sont personnelles et la fréquence ainsi que le nombre des tétées nous rendaient notre rôle assez difficile.

Grâce à l'obligeance de M. le professeur agrégé Wallich qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous aider de ses conseils, nous avons pu recueillir nos observations au chevet des nouvelles accouchées de la clinique Baudelocque. Qu'il veuille bien nous permettre de lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

Nous prions respectueusement M. le professeur Pinard, qui nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse, et dont l'enseignement restera pour nous si précieux, d'accepter nos sentiments de profonde gratitude. Nous le remercions particulièrement d'avoir bien voulu nous permettre de faire nos expériences dans sa clinique et de nous avoir facilité ainsi notre très modeste travail.

Après avoir rappelé brièvement au début de notre

thèse les différents moyens préconisés autrefois pour allonger le mamelon et remplacer temporairement la succion du nouveau-né, nous décrirons dans un second chapitre les divers appareils inventés antérieurement pour traire le lait.

La succi-Pompe-Rohan fera l'objet de notre troisième chapitre.

Nous en exposerons les parties essentielles et la technique, avec les remarques que nous avons pu faire au cours de nos tétées.

Le chapitre IV sera consacré à l'étude des applications que nous en avons faites et de nos observations.

Nous terminerons par les conclusions qui sont la conséquence naturelle de nos expériences.

CHAPITRE PREMIER

Des moyens proposés pour remplacer la succion du nouveau-né

Les difficultés de la succion pour le nouveau-né se sont toujours posées à l'esprit des accoucheurs et on a eu recours à divers procédés qui n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Dans son *Traité de l'art des accouchements* (1), Cazeaux écrivait : « Quand il y a absence complète de la saillie formée par le mamelon, quand surtout une dépression existe là où normalement il se rencontre, l'allaitement présentera plus tard de si grandes difficultés pour l'enfant et pourra devenir la cause de tant de souffrances pour la mère, que je conseille d'y renoncer » et il ajoute aussitôt : « On a conseillé pour former le mamelon dans les derniers mois de la grossesse :

« 1° La titillation du mamelon.

« 2° L'application de bouts de sein qui sont formés d'une plaque de bois tournée et concave, au centre de laquelle se trouve une petite excavation où peut se loger le bout du sein.

---

1. Cazeaux. *Traité technique et pratique des accouchements*, 10e éd.

« La femme applique cette plaque quand elle est habillée, et serre le gousset de son corset de manière que la plaque appuie *fortement*. La compression ainsi exercée fait saillir le mamelon. Quand les femmes ont porté la plaque pendant deux ou trois mois, le mamelon a acquis une longueur de 1 centimètre. Quand l'application du bout de sein paraît insuffisante, on adapte à son extrémité une pompe qui, à chaque coup de piston, exerce des tractions sur l'extrémité du mamelon et le fait proéminer. Mais pendant les mouvements qu'on lui imprime, la peau du mamelon frotte incessamment contre les parois du bout de sein et les frottements trop souvent répétés peuvent en causer l'inflammation. Enfin, la succion directe et souvent renouvelée sera souvent le meilleur moyen.

« On peut en confier le soin au mari, à une femme de chambre intelligente. A défaut d'une personne assez complaisante, on peut se servir d'un chien nouveau-né. » Et plus loin : « C'est alors qu'il sera utile de rendre le mamelon un peu plus saillant en le titillant entre plusieurs doigts, en le soumettant à l'action d'une pompe ventouse ; en le faisant téter par un petit chien, une grande personne ou mieux par un enfant âgé de six semaines à deux mois.

« En faisant venir une autre nourrice avec son enfant, celui-ci fort et vigoureux, parviendra à prendre le sein de la nouvelle accouchée et à former les mamelons, et d'un autre côté, le nouveau-né, après quelques jours, pourra être remis aux soins de la

mère qui lui offrira des seins convenablement conformés. »

Ce passage nous a paru intéressant à reproduire *in extenso* parce qu'il indique des moyens complètement abandonnés et contient déjà le germe des procédés les plus récents. Loin de nous ces bouts de sein formés d'une plaque de bois, que la femme était condamnée à porter pendant deux ou trois mois, tel un instrument de torture. La titillation digitale exposant aux traumatismes, aux souillures, à l'infection ne nous paraît guère plus recommandable.

La succion directe mérite une place à part. Elle a été fort longtemps en honneur et Cazeaux déclare « que ce sera souvent le meilleur moyen ». Malheureusement la succion directe par la femme de chambre intelligente, ou la personne complaisante a fourni trop d'exemples de contagion syphilitique pour qu'on lui conserve la vogue dont elle a pu jouir autrefois.

Nous ferons des réserves identiques pour l'enfant âgé de six semaines à deux mois. La syphilis héréditaire peut en effet se manifester tardivement. Le coryza, l'onyxis, les lésions ulcéreuses de la bouche ou de l'anus éminemment contagieuses peuvent n'apparaître qu'après le deuxième mois.

Quant au jeune chien, c'est un pis-aller.

Mais nous trouvons déjà l'indication des « tire-lait » dans la pompe « qui, à chaque coup de piston, exerce des tractions sur l'extrémité du mamelon et le fait proéminer ».

Tous les moyens que nous avons énumérés ont

fait leur temps parce que nous sommes à la période de l'asepsie et qu'ils nient toute asepsie. Le moindre reproche qu'on puisse leur adresser est leur aptitude à la contagion et à la plus grave de toutes, celle qu'il faut toujours avoir en vue : la syphilis.

CHAPITRE II

Appareils divers imaginés antérieurement pour traire le lait

Je n'insisterai pas sur le bout de sein de Bailly que tout le monde connaît. Il a pu rendre des services appréciables quand on n'avait rien de mieux. Aujourd'hui ce n'est plus le cas. Je me contenterai de reproduire ici la critique de M. Auvard qui met les choses au point : « Cet instrument, dit-il, a un gros inconvénient qui oblige souvent de renoncer à son emploi. L'enfant pour aspirer le lait par son intermédiaire est obligé de faire des efforts beaucoup plus considérables qu'à l'état naturel. Souvent il se rebute dans sa tâche trop pénible pour ses jeunes forces, il refuse de continuer à sucer, et au lieu de téter, se met à pleurer.

« Il faut des enfants complaisants et vigoureux, pour réussir avec le bout de sein de M. Bailly (1). »

Les accoucheurs se demandèrent alors si on ne pourrait pas demander à la mère l'effort qu'on ne pouvait obtenir de l'enfant, et cela les conduisit à la conception des téterelles bi-aspiratrices, ainsi nom-

---

1. Auvard. *In leçon de clin. obstétricale*, de Budin, 1889.

mées parce que l'enfant et la mère se servent de la même téterelle pour aspirer. Mais, dans ces téterelles, la mère seule fait un effort, et s'impose une fatigue. L'enfant boit comme à une fontaine d'où le lait jaillirait spontanément. Ces appareils se composent essentiellement d'une capsule en verre destinée à recueillir le lait, et qui s'applique sur le mamelon. Cette capsule est munie de deux embouts. Chacun d'eux est relié par un tube en caoutchouc à une tétine. Il y a une tétine pour la mère, une tétine pour l'enfant. Dans l'appareil de M. Auvard, la capsule verre est conique. Il n'y a qu'une soupape dans l'intérieur de la tétine destinée à l'enfant. Dans l'appareil de M. SMESTER, la capsule est plus large, à cône plus allongé. Cette partie de l'appareil qui ressemble un peu au bout de sein de Bailly et qui est destinée à l'enfant, est terminée par une tétine avec soupape. La tétine destinée à la mère est aussi munie d'une soupape. Mais le système des soupapes a toujours donné des désillusions et nous laissons volontiers la parole à l'inventeur qui s'écrie plaisamment : « En théorie, mon bout de sein n'est pas mauvais. Mais en pratique ! Les soupapes ne marchent pas. Elles ferment trop ou trop peu, de telle sorte qu'un appareil qui, théoriquement, remplit toutes les indications, pratiquement se détraque à tous moments. » Il nous paraît inutile d'insister.

Enfin M. Budin, au lieu d'une capsule conique ou cylindro-conique, emploie une ampoule en verre sphérique, rappelant l'aspect d'un verre à ventouses.

« En effet, la capsule conique étant large, évasée, nous avons vu, écrit-il, certaines mamelles très souples se précipiter jusqu'au fond, et la remplir entièrement ; dans ces cas, le lait, s'il jaillissait du sein, montait directement dans la bouche de la nourrice ; plus généralement, le mamelon s'appliquait sur les parois de l'appareil et le lait ne coulait pas » (1).

Si ingénieux que soient ces appareils, ils n'échappent pas à une légère critique. Ils sont d'abord très fatigants pour la mère. Chacun sait combien il est pénible d'aspirer un peu de liquide avec une pipette si on est obligé de se livrer assez longtemps à cet exercice. Quand le mamelon est plat, *a fortiori* s'il est ombiliqué, il faut déjà déployer une certaine vigueur pour le faire saillir. Si le lait monte difficilement, s'il vient sourdre goutte à goutte, l'effort devra être considérable et soutenu. L'enfant ne se fatigue plus, mais la mère s'épuise. Elle est bien près de se décourager et d'imiter le geste de l'enfant qui abandonnait le sein quand les difficultés lui paraissaient trop grandes.

Ce n'est pas tout. Pour réaliser l'asepsie nécessaire, M. Budin recommande d'écouvillonner les tubes, et de faire bouillir l'appareil une fois par jour. Ces manipulations ne se font pas sans dégâts et l'appareil s'abîme vite. Il faut le renouveler ou renoncer à son entretien. Il y a donc deux gros inconvénients : l'un pour la mère et l'autre pour l'enfant.

---

1. Budin. *Lec. de Clinique Obstétricale*, 1889.

« Il faut signaler enfin l'hypersécrétion salivaire déterminée chez la personne qui fait l'aspiration. Quelques gouttes peuvent être entraînées dans le récipient et venir souiller le lait destiné à l'enfant » (1).

On a encore imaginé différents appareils essentiellement composés d'une ventouse pour recueillir le lait et d'une pompe destinée à faire le vide, mais leur emploi est loin de réaliser les conditions physiologiques et on les a à peu près abandonnés aujourd'hui.

Il s'agissait de savoir si on ne pourrait pas trouver une méthode plus élégante, capable de rendre les mêmes services sans présenter les mêmes inconvénients.

L'appareil que nous allons décrire maintenant nous a donné des résultats excellents.

1. Wallich. Cours du 1er juillet 1909 à la Clinique Baudelocque.

CHAPITRE III

La Succi-Pompe de M. de Rohan

Cet appareil, que M. le professeur agrégé Couvelaire présentait, il y a quelques mois à la Société d'obstétrique et de pédiâtrie, offre une supériorité incontestable sur ses devanciers : c'est d'aspirer et de relâcher alternativement le mamelon. Par ses mouvements de va-et-vient méthodique, il dessine un graphique absolument superposable aux mouvements de succion naturelle. Sa sensibilité permet de doser exactement son usage et sa puissance peut faire obtenir en quelques minutes des quantités abondantes de lait. Il se compose essentiellement de trois parties :

1° Une cloche destinée à recevoir le lait ;

2° Une pompe destinée à le traire ;

3° Un tube intermédiaire en caoutchouc.

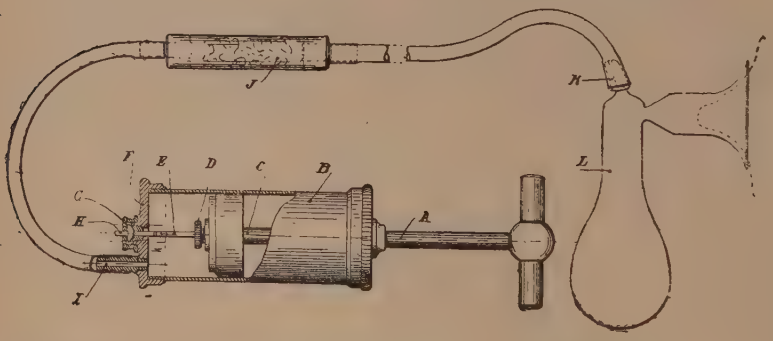
Dans la cloche on peut distinguer deux portions. L'une cylindro-conique qui s'applique sur l'aréole et où le mamelon vient faire saillie ; l'autre qui a la forme d'un ovoïde, appendue à la partie inférieure, où vient s'accumuler le lait à mesure qu'il jaillit.

Le tube en caoutchouc porte sur son trajet un petit tube en verre, muni d'un léger tampon d'ouate, destiné à filtrer l'air. Les mouvements de va-et-vient de

ce tampon traduisent fidèlement les alternatives de vide et de pression atmosphérique au niveau du mamelon.

Quant à la pompe proprement dite, elle a pour caractère essentiel de ne pas être aspirante et foulante. Elle permet ainsi au mamelon de s'ériger sans le ramener violemment à sa position initiale. La pression atmosphérique seule s'en charge.

Elle est constituée par un piston C (voy. fig.) entraînant à frottement dur la tige E d'une soupape H ; cette dernière pendant toute la partie ascendante de la course du piston colle sur son siège G ;



le vide se fait et se maintient jusqu'au moment où l'on repousse le piston. A partir de ce moment la soupape H commandée par la tige à frottement dur E, se décolle d'environ 1 à 2 millimètres, ce qui permet à l'air de rentrer dans le corps de pompe et par conséquent dans la cloche réservoir.

Ainsi le vide et la pression atmosphérique se succèdent alternativement au niveau du mamelon. Dès qu'on a commencé à faire le vide, le mamelon s'érige

et le lait jaillit jusqu'à ce que la rentrée de l'air, pendant la descente du piston, fasse reprendre au mamelon sa flaccidité primitive (1).

« Cet appareil fut essayé à la Maternité de Saint-Louis pendant plusieurs semaines. En cinq minutes on obtenait suivant l'abondance de la sécrétion lactée de 30 à 100 centimètres cubes de lait. L'apparei est appelé à rendre des services toutes les fois que la succion directe est impossible ou dangereuse (malformation du mamelon, enfants débiles, temporairement incapables de téter, nourrissons hérédo-syphilitiques ou suspects d'hérédo-syphilis ») (2).

Nous répondrons tout de suite à une objection qui se présente naturellement à l'esprit. Cet appareil comporte un inconvénient, c'est d'exiger la présence d'un aide. Cet inconvénient a été prévu et supprimé. La succi-pompe peut, en effet, très facilement et en quelques instants, se fixer sur un pied constitué par un tube à coulisse, terminé par un étrier. Dans ces conditions, la femme peut se traire d'une main tandis que l'autre maintient la cloche appuyée sur l'aréole. L'asepsie de l'appareil est très simple et n'entraîne aucun dégât. La cloche réservoir et les tubes de verre peuvent être facilement stérilisés par l'ébullition ainsi que le tube intermédiaire J.

Après plusieurs tétées, il arrivera parfois que le

1. Communication de M. le professeur agrégé Couvelaire. *Rev. pratique d'Obstétrique*, déc. 1908.

2. *Revue d'Obstétrique et de Pédiâtrie*. Communication de M. Couvelaire, décembre 1908.

fonctionnement de la pompe deviendra dur ; il suffira alors de dévisser le chapeau A et de sortir le piston pour en enduire le cuir de graisse consistante ou de vaseline pure.

Au cours de nos expériences personnelles à la clinique Baudelocque nous avons pu obtenir des quantités variant de 20 grammes à 80 grammes de lait en quelques minutes chez des femmes qui venaient d'accoucher.

Dès la première tétée, au premier coup de pompe, quelques gouttes de lait venaient sourdre au mamelon, puis, peu à peu, les gouttes devenaient plus pressées et le jet plus abondant. La femme qui manifestait parfois quelque crainte en présence d'un appareil qu'elle ne connaissait pas, reprenait bien vite confiance et réclamait elle-même sa prochaine traite pour le soulagement qu'elle y trouvait. Aucune d'elles n'a jamais manifesté la plus légère souffrance. Deux ou trois jours ont suffi la plupart du temps à étirer les bouts de sein trop courts et à les rendre aptes à la succion de l'enfant. Les crevasses, mises au repos, devenaient moins sensibles et guérissaient rapidement.

Nous nous permettrons d'insister ici sur quelques détails que nous avons pu noter au cours de nos tétées quotidiennes et qui sont indispensables au bon fonctionnement de l'appareil. Il faut d'abord prendre soin de loger exactement le mamelon au centre de l'ouverture qui s'applique sur l'aréole. Cette

recommandation paraît banale mais elle est très importante dans la pratique.

Les mamelons plats, en particulier, qui font corps avec la mamelle ne sont pas toujours faciles à faire saillir. On risque fort de les pincer ou de les faire ériger de telle sorte qu'ils viennent buter contre la paroi.

Dans ces conditions le vide n'agit pas sur toute la surface du mamelon et le lait jaillit difficilement. Il suffira de remettre le mamelon en bonne position pour obtenir avec un minimum d'efforts un rendement supérieur.

Certaines femmes pèchent par défaut ou par excès dans le soin qu'elles mettent à appliquer sur le mamelon la cloche-réservoir. Les unes appuient trop, les autres appuient mal et laissent filtrer un peu d'air. Dans les deux cas, il faut dépenser plus d'efforts et le lait ne vient pas. Il est très important, quand le mamelon est bien en place, de recommander à la femme d'appliquer hermétiquement la cloche mais sans violence.

Quand l'enfant tette, il lui arrive fréquemment de se reposer quelques secondes pour continuer ensuite le repas interrompu. Il faut, en toutes choses, se rapprocher le plus possible des conditions physiologiques. Nous avons souvent remarqué que le lait s'arrêtait et tardait de jaillir après quelques mouvements de succion. Alors nous nous arrêtions, mais nous n'abandonnions pas imitant en cela l'enfant.

Quand nous recommencions, le lait jaillissait abondamment.

Le vide étant réalisé dès le début de la course du piston, il n'est pas indispensable de la lui faire parcourir entièrement. Chez les femmes qui sont bonnes nourrices il suffira de tirer très légèrement sur la tige pour obtenir un flot de lait. Cette précaution est encore indiquée quand on aura affaire à un mamelon très rétracté. Notre but est de soulager la femme : il faut donc lui éviter toute souffrance inutile. Or nous avons pu remarquer que celle-ci manifestait une très légère douleur, quand on donnait trop brusquement le premier coup de pompe. Il suffira dans ce cas et seulement au début de faire parcourir au piston le quart de sa course.

Le mamelon viendra doucement, progressivement et s'érigera peu à peu, sans peine et sans réaction pénibles. Après quelques mouvements de succion, cette précaution deviendra inutile.

Cet appareil permettant d'obtenir parfois en quelques minutes chez d'excellentes nourrices des quantités très abondantes de lait et très supérieures à la ration exigée par l'enfant, nous pensons encore qu'il sera bon de contrôler sérieusement les rations prises à chaque tétée par l'enfant et de le peser régulièrement. Nous pourrons ainsi nous rendre compte de ses besoins et ne pas risquer de provoquer une sécrétion exagérée absolument contraire aux rapports physiologiques constants qui doivent exister entre la mère et l'enfant.

CHAPITRE IV

Etude des cas dans lesquels a été pratiquée la tétée artificielle

A. — Brièveté du mamelon

« Le bout du sein de la mère, écrit M. le professeur Pinard, dans la *Puériculture du Premier âge*, ne peut être pris par l'enfant une fois sur cent. » Ce qui est certain, c'est que beaucoup d'enfants éprouvent au début quelque difficulté à saisir le mamelon. Il y a des mamelons absolument plats. impossibles à pincer entre les doigts ; il y a des mamelons ombiliqués qui s'enfoncent au lieu de faire saillie. Que faire ? L'enfant, mis au sein, après quelques efforts de succion inutile, se fâche, crie, pleure, abandonne le sein et se refuse à toute tentative nouvelle. Cependant la mère est vigoureuse. Les seins sont durs, tendus, gonflés de lait. Elle peut faire une excellente nourrice.

Il nous a paru intéressant de voir ce que la succi-pompe était capable de faire dans ces cas de brièveté du mamelon, et nous avons pu réunir sept observations (obs. n° I, V, VI, XI, XV, XVI, XVIII).

Avant d'examiner le détail, nous donnerons d'a-

bord les remarques que nous avons pu noter au cours de nos tétées. Dès l'instant où nous avons soumis un mamelon rétracté à la tétée artificielle, celui-ci se laissait distendre et proéminait d'une façon appréciable.

Le premier coup de pompe donnait le maximum d'allongement et si la femme avait dû souffrir, elle n'aurait souffert qu'au début.

Quand le mamelon n'était pas trop rétracté, la femme restait absolument insensible et s'étonnait même de voir son lait jaillir sans douleurs.

Quand le mamelon était moins souple et en quelque sorte adhérent à la glande, nous avons vu certaines femmes manifester plus d'inquiétude que de vraie souffrance. Néanmoins, dans ce cas, il nous a suffi de graduer la marche du piston et de faire lentement le vide pour voir cesser toute réaction. Après le premier coup du piston et dans tous les cas, la femme se laissait traire docilement et ne montrait plus aucune crainte.

Dès la première journée il y avait une amélioration appréciable et nous avons pu parfois pincer le soir entre les doigts des mamelons qu'il était impossible de plisser le matin, comme s'ils étaient retenus à la peau par des adhérences.

Après les premières tétées le mamelon revenait à sa position initiale et ne semblait pas bénéficier de la traction prolongée qu'on lui avait fait subir.

Il n'y avait heureusement là qu'une erreur d'interprétation visuelle. Il suffisait, en effet, de chercher à

le saisir pour s'apercevoir qu'on avait déjà gagné quelque chose.

Le lendemain parfois, dans l'espace de deux ou trois jours le plus souvent, le bénéfice de nos tétées était définitivement acquis. Le mamelon était apte à la préhension de l'enfant.

Dans les dernières tétées, après avoir demandé au mamelon son maximum d'érection, nous avions l'habitude de mettre l'enfant au sein, et d'interrompre momentanément la tétée artificielle.

Le mamelon alors très proéminent était très facilement saisi par l'enfant et nous ne tardions pas à lui céder définitivement notre place.

Dans l'observation I nous avons pu former les mamelons au bout de quatre jours.

Dès le troisième jour, les seins donnaient une quantité de lait bien supérieure à celle exigée par l'enfant (jusqu'à 110 grammes en dix minutes).

La perte de poids de l'enfant ne s'est pas étendue au delà du troisième jour après sa naissance et dès le quatrième il récupérait 30 grammes.

Dans l'observation V l'enfant pouvait déjà prendre le sein gauche au bout de deux jours.

Après trois jours il pouvait téter les deux seins.

La perte de poids s'est arrêtée dès le début de nos tétées et deux jours après, il récupérait 30 grammes.

Dans l'observation VI la perte de poids qui était énorme, s'atténue aussitôt et l'enfant récupère trente grammes deux jours après le début. Bien mieux il tette.

Dans l'observation XI la perte de poids s'arrête dès qu'on se sert de l'appareil et au bout de deux jours l'enfant récupère quarante grammes. Bien mieux, il tette et, les mamelons qui étaient ici très rétractés sont assez formés pour que l'enfant puisse s'en servir.

Dans l'observation XV la perte de poids s'arrête et l'enfant augmente de 50 grammes, dès qu'on commence à se servir de l'appareil. Nous ne sommes qu'au cinquième jour après l'accouchement. Il suffit de trois jours pour que les mamelons qui étaient plats soient formés et l'enfant prend sa ration.

Dans l'observation XVI la perte du poids s'arrête et l'enfant prend 30 grammes dès le début. Nous ne sommes qu'au quatrième jour après l'accouchement. Il suffit de quatre jours pour former les mamelons qui étaient absolument plats.

Dans l'observation XVIII la perte de poids s'arrête au bout de trois jours et l'enfant a récupéré 30 grammes. Mis au sein, il tette.

Ces résultats ne sont pas seulement encourageants ils contiennent encore un enseignement. « Sur 317 mamelons bien conformés, écrit Mme Dluski, dans sa thèse :

117 ou 36,9 o/o ont été atteints de crevasse, tandis que sur 116 mamelons courts ou invaginés, plus exposés à être mâchonnés par l'enfant 64 ou 55, 1 o/o l'ont été » (1).

Plus de la moitié des mamelons courts sont donc

1. Mme Dluski. *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel.* Thèse de Paris, 1894.

exposés aux gerçures et par suite à la lymphangite, aux abcès et à toutes leurs conséquences.

L'infection des glandes mammaires pendant les suites de couches est loin d'être un accident rare. Maygrier donne le chiffre de 71 o/o.

En présence d'un mamelon court, il ne faudra donc pas hésiter et demander à l'enfant des essais périlleux et nocifs. Nous avons à notre disposition ce qu'il faut pour allonger doucement, sans traumatisme dangereux, le mamelon rétracté. L'expérience nous a démontré qu'il ne faut pas longtemps, et nous éviterons ainsi à la nouvelle accouchée les complications infectieuses toujours redoutables.

Six de ces femmes étaient des primipares. Une seule était secondipare. Aucune d'elles n'a présenté la plus petite gerçure au cours de nos tétées.

Nous publions ci-dessous un tableau synoptique de nos observations

Obs. N°s	Poids naiss.	D. R.	Acc.	Perte poids	Tét. actif	Augm. quot.
5	2570	1 au 5 août	4 mai	270	435,535,275	=, +30, +40
6	2750	20 au 25 juillet	3 mai	430	370,335	=, 20, +30
11	3320	25 au 30 juillet	16 mai	320	420,440	=, +40
15	3620	24-28 août	22 mai	370	450,535,505	+50, +60 +40
16	2750	1-4 sept.	5 juin	230	288,345,400, 430	+30+40+30 +40
18	3500	12-20 sept.	12 juin	300	190,330,325	=, —50+30

B. — Crevasses

« Les crevasses, écrit M. Wallich, apparaissent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, et se montrent surtout chez les femmes qui allaitent pour la première fois. Ces lésions du mamelon sont la conséquence des traumatismes produits par le nouveau-né dans ses mouvements de succion. Le peu d'abondance de la sécrétion lactée avant la montée laiteuse et la mauvaise conformation du bout de sein qui le rend difficile à saisir, sont les circonstances favorisant le plus souvent la production de la crevasse » (1).

Nous ne pouvons présenter que deux observations de crevasses. Nous aurions voulu en produire d'autres, mais quelques femmes, par crainte de souffrir davantage, et décidées à cesser l'allaitement ont refusé de se laisser traire.

Ces deux observations nous ont d'ailleurs donné des renseignements précieux sur l'intérêt que nous avons à instituer dans ce cas particulier nos tétées artificielles.

Dans l'observation I l'existence de la crevasse était liée à la brièveté du mamelon chez une primipare.

Au bout de quatre jours la crevasse était guérie et l'enfant pouvait prendre le sein.

Dans l'observation IX la femme secondipare n'avait pas allaité son premier enfant.

---

1. Wallich. *Eléments d'Obstétrique.*

Elle présentait des crevasses aux deux mamelons qui lui rendaient l'allaitement très pénible. Au bout de deux jours les crevasses étaient guéries et l'enfant pouvait téter sans réveiller les douleurs.

« En effet le gros point pour guérir les gerçures est de préserver le sein du mâchonnement de l'enfant. » Telle est la règle formulée par M. Auvard dans son livre sur le Nouveau-Né (1). « L'usage du bout de sein, écrit M. Wallich, permet seul parfois de rendre supportables les douleurs provoquées par la prise du mamelon.

Le bout de sein en verre de Bailly est l'instrument le plus répandu. Mais la tétée avec le bout de sein n'est pas sans inconvénients ; le lait vient avec moins d'abondance et la sécrétion diminue (2).

L'usage de la succi-pompe remplace avantageusement le bout de sein de Bailly.

Il n'y a plus à craindre la diminution de la sécrétion qu'elle entretient abondamment et dont nos observations nous fournissent un précieux exemple.

Dans l'observation I notre traite donnait le quatrième jour 630 grammes de lait et dans l'observation IX elle donnait 430 grammes au deuxième jour.

Dans les deux cas, la femme s'est trouvée immédiatement soulagée de notre intervention.

C'est à peine si elle accusait une légère douleur au premier coup de pompe. Il suffisait d'ailleurs

---

1. Auvard. *Le nouveau-né*, 1909.

2. V. Wallich. *Eléments d'Obstétrique*.

d'aller doucement et de faire parcourir peu à peu au piston une partie progressivement plus grande de sa course pour supprimer toute souffrance.

Dans tous les cas la femme ne souffrait plus pendant le reste de la tétée.

Les crevasses mises à l'abri du mâchonnement de l'enfant ne se sont pas infectées et ont guéri très rapidement.

Nous publions ci-dessous un tableau qui résume nos observations

Obs. N°s	Poids naiss.	D. R.	Accouch.	Perte poids	Tét. artif.	Augmentat. quotidienne
1	4350	26-30 juin	18 avril	450	96 310 580 630	— 100 + 30 + 50 + 40
9	2820	4-10 août	13 mai	50	425.430	+ 30 + 30

C. — Débilité congénitale

« Quand l'enfant est né très avant terme, il y a insuffisance de développement des muscles des joues, de la langue et du voile du palais ; aussi la succion est-elle faible et parfois impossible (1). » Nous avons eu l'occasion d'appliquer nos tétées à un certain nombre de ces enfants dans un état d'inertie, de stupeur qui caractérise les prématurés. Mis au sein, ils ne tentent aucun effort parce que tout effort dépasse

1. P. Bar. *La pratique de l'art des accouchements.*

leurs forces. Privés du lait maternel qui leur est indispensable, ils dépérissent le plus souvent et sont exposés à toutes les infections, en particulier à la gastro-entérite si meurtrière pour les débiles de juin à septembre.

Nous avons pu réunir huit observations (obs. II, III, VII, VIII, X, XIII, XIV, XVII), et toutes nous ont démontré les bienfaisants résultats qu'on pouvait obtenir, tout de suite, en substituant au lait même stérilisé le lait de la mère grâce à nos tétées artificielles.

Nous mettons ici en relief leurs principaux caractères. Dans l'observation II, on commence les tétées artificielles le 22 avril, quatre jours après l'accouchement. Le lendemain, l'enfant a augmenté de 50 grammes. Le 26 avril, le poids de l'enfant à la naissance est récupéré. Le 28, l'enfant a pris 50 grammes et se trouve capable de prendre le sein.

Dans l'observation III nous commençons à traire la mère, quatre jours après l'accouchement, le 22 avril. Le lendemain, non-seulement la perte de poids s'arrête, mais nous constatons une augmentation de 30 grammes. Le 24 l'enfant augmente encore de 40 grammes et déjà il peut prendre le sein.

L'observation VII nous fait intervenir trois jours après l'accouchement, le 11 mai, le lendemain l'enfant a déjà pris 30 grammes.

Le 13 mai il a encore augmenté de 50 grammes. Bien mieux, il tette.

L'observation VIII nous fait intervenir quatre jours après l'accouchement, le 15 mai, le lendemain, l'enfant a pris 30 grammes.

Le 17 mai, il a encore pris 20 grammes, et de plus il tette.

Dans l'observation X nous commençons nos tétées trois jours après l'accouchement, le 18 mai. Le lendemain, l'enfant a déjà pris 30 grammes. Mis au sein, il tette.

L'observation XIII nous présente un enfant pour qui la déglutition était même impossible. Pendant la journée du 25, notre première journée de traite, c'est vainement qu'on essaya de lui faire absorber un peu de lait. Il rejetait incessamment les plus petites quantités qu'on essayait de lui introduire dans la bouche.

Devant cette intolérance, M. Wallich nous conseilla de faire couler seulement quelques gouttes à l'aide d'un compte-gouttes. Ce fut peine inutile. L'enfant rejetait tout. Le 26, il avait pourtant conservé son poids.

Dans la journée il commença à sortir de sa torpeur, à s'agiter, à faire des mouvements de déglutition. Le 27 il avait augmenté de 20 grammes. Le lait venait abondamment. L'enfant mis au sein tentait des mouvements de succion. Le lendemain il avait

encore pris 30 grammes. Mis au sein, il prenait lui-même sa ration.

L'observation XIV a son importance. Elle nous présente deux jumeaux, deux petits prématurés. Nous commençons pour eux nos tétées, cinq jours après l'accouchement le 25 mai. Le 26 leur poids est resté stationnaire. Le lendemain, ils ont encore diminué.

Le 28 ils gardent tous deux leur poids. Le 29 l'arrêt dans la déperdition paraît s'affirmer et l'un d'eux a augmenté de 10 grammes. Enfin, le 30, chacun d'eux a augmenté de 10 grammes. Ce qui est intéressant, c'est l'arrêt brusque dans la déperdition qu'il faut bien constater et qui se manifeste dès l'instant, pour tous les deux, où on commence à leur donner du lait de leur mère.

Ces enfants qui, la veille encore, avaient perdu respectivement 70 et 50 grammes conservent en même temps leur poids. Le 28, après une légère fluctuation, ils retrouvent, en même temps, leur équilibre et dès le 29 on devine que leur ascension va être parallèle.

L'observation XVII nous fait intervenir quatre jours après l'accouchement le 8 juin. Le lendemain, le poids reste stationnaire, mais à partir du 10 il augmente régulièrenent, et en six jours l'enfant prend 100 grammes.

Ce qui frappe de suite l'esprit dans nos observations c'est l'arrêt brusque de la perte de poids dès qu'on donne à l'enfant du lait maternel.

Aussitôt l'enfant augmente progressivement, devient plus vigoureux et très rapidement, au bout de deux ou trois jours, la tétée artificielle est inutile. L'enfant prend le sein et n'a plus besoin de nous.

Ce n'est pas tout. Nous avons, par nos tétées, économisé de la peine au nourrisson. Nous avons augmenté chez sa mère la richesse de la sécrétion. Nous lui avons préparé une nourriture abondante, modélé des mamelons devenus parfaitement préhensibles.

Nous avons pu appliquer tout de suite à l'enfant le bénéfice du lait maternel et provoquer plus rapiment chez la mère une sécrétion généreuse que la débilité de son enfant ne lui permettait pas d'espérer.

Obs. N°s	Poids naiss.	D. R.	Acc.	Perte poids	Tét. artif.	Augmentation quotidienne
2	3.100	19-23 juil.	18 avril	150	495, 465, 400, 520, 195, 220	+ 50 + 40 + 30 + 30 + 30 + 20
3	2.950	7-10 juil.	18 avril	250	505, 480	+ 30 + 40
7	3.100	23-27 août	8 mai	350	505, 465	+ 30 + 50
8	3.400	11-15 août	11 mai	300	385, 388	+ 30 + 20
10	3.000	14-18 août	15 mai	300	390	+ 30
13	3.050	23-27 août	22 mai	350	410, 430, 475	=, + 20 + 30
14	1.550	15-19 sept.	20 mai	250	115, 210, 270,	=, — 30, =, =.
14 *bis*	1.400			200	395, 405	+ 10 =, — 40, =, + 10, + 10
17	2.100	16-19 août	4 juin	100	208, 275, 360, 395, 415, 455	+ 30 + 10 + 20 + 20 + 30

D. — Bec de lièvre

L'enfant que nous avons observé, et qui fait l'objet de notre observation XII, présentait une fente unilatérale de la lèvre supérieure dans sa moitié droite, prolongée par une fissure de la voûte palatine.

Les mouvements de succion étaient absolument impossibles et il s'agissait de savoir si on allait, suivant la coutume, soumettre cet enfant à l'allaitement

artificiel. Il nous parut intéressant d'instituer nos tétées chez cette femme et de voir comment la sécrétion s'entretiendrait. Accouchée le 18 mai, nous commencions le 20. Ce jour-là notre traite fournissait déjà 335 grammes de lait.

Le 23 mai, dans une seule tétée, cette femme, merveilleuse nourrice, pouvait nous donner en dix minutes 165 grammes de lait. A la fin de cette journée, nous avions recueilli 915 grammes. Le 29 mai, l'enfant avait augmenté depuis le début de 170 grammes. Ce jour là, la femme quitta la clinique pour se rendre au Vésinet.

Là-bas elle emporta notre appareil et continua à se traire. La sécrétion ne diminua pas grâce à nos tétées et chaque sein pouvait fournir en moyenne 60 à 80 grammes par tétée. L'enfant augmenta régulièrement.

Le 27 juin un léger fléchissement de sa courbe correspond à une atteinte fugace de muguet.

Le 14 juin, quand la femme quitta l'asile, l'enfant pesait 3.550 grammes.

Il avait donc augmenté de 150 grammes depuis le début de nos tétées, bien qu'il ait perdu 120 grammes pendant sa maladie, et la mère avait pu nourrir son enfant pendant un mois.

Cette mère qui s'est montrée une si parfaite nourrice aurait certainement échoué dans ses tentatives d'allaitement, quelle que fût sa bonne volonté, avec les autres téterelles.

Jamais elle n'aurait pu obtenir en quelques mi-

nutes une telle abondance de lait, avec un minimum d'efforts.

Grâce à nos tétées la sécrétion a été entretenue pendant un mois avec une constance remarquable.

A chaque repas de l'enfant, nous avons obtenu des quantités de lait très supérieures à ses besoins.

L'enfant a pu ainsi conserver le sein maternel et échapper aux mécomptes de l'allaitement artificiel.

Ainsi dans ces cas de malformation congénitale où l'allaitement artificiel était, hier encore, la méthode de choix, nous avons maintenant à notre disposition, pour le plus grand bien de l'enfant, la tétée artificielle.

« Jusqu'alors il fallait choisir entre ces deux extrêmes : l'allaitement au sein ou l'allaitement artificiel.

« Nous avons maintenant un moyen terme ; la tétée artificielle (1). »

Résumé de notre observation

Obs. N°	Poids naiss.	D. R.	Acc.	Perte Poids	Tétées artificielles	Augmentat. quotidienne
12	3400	23-26 juillet	18 mai	200	335, 390, 810, 915, 895, 860, 865, 810, 900,	=, + 30 + 20, =, + 50 + 40, — 20, + 50 + 20

La femme sort le 29 mai. L'enfant pèse 3370 gr.

1. Wallich. Cours du 1er juillet 1909 à la clinique Baudelocque et Société obstétrique, gynécologie, et pédiâtrie. Séance du mois de juillet 1909.

	Poids au Vésine
2 juin	3470 + 100
4 juin	3450 — 20
7 juin	3350 — 100
9 juin	3370 + 20
11 juin	3395 + 25
14 juin	3550 + 155

E. — Convulsions

Il y a une observation que nous avons laissée en route à dessein, car elle occupe une place absolument distincte.

Il s'agit de l'observation IV où il est question d'un enfant ayant présenté des convulsions. La mère avait d'ailleurs été accouchée au forceps et l'origine traumatique de ces convulsions paraît établie. En tout cas, cet enfant, qui, la veille des convulsions avait fait une ascension de 150 grammes, diminuait le lendemain de 350 grammes et le surlendemain perdait encore 100 grammes.

Mais au sein il ne voulait plus téter.

Dans ces conditions nous décidions de commencer pour lui nos tétées. C'était le 27 avril.

L'enfant accepta le lait qu'on lui donnait à la cuiller. Le lendemain on constata qu'il avait gardé son poids. Le 29 il récupérait 30 grammes. Le 30 il avait encore pris 20 grammes. Mis au sein, il recommençait à téter le même jour.

Nous avons donc pu ici apporter un soulagement à cette mère qui était bonne nourrice, à la place de

l'enfant temporairement indisponible. De plus nous n'avons pas été réduit au lait stérilisé et nous avons pu maintenir l'allaitement maternel.

Nous publions ci-dessous le tableau synoptique de notre observation.

Obs. N° 4	Poids	D. R.	Acc.	Perte de poids	Tét. artif.	Augm° quot.
Convulsions —	4.200 Pl. 630	29 juin au 2 juillet	23 avril	700 g.	255, 565, 315	—, +30+20

F. — Appendice

« La sécrétion lactée, écrit M. Marfan, est, avant tout, le produit d'un acte réflexe. Le point de départ habituel du réflexe est l'excitation du mamelon par la succion ou la traite » (1) et plus loin, il cite le cas de cette grand'mère de soixante-deux ans qui s'amusait à donner le sein à sa petite-fille. Elle eut bientôt assez de lait pour la nourrir. « On a observé des cas, écrit Tarnier, où cette succion a suffi à faire naître une sécrétion abondante de lait chez des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants depuis plusieurs années, chez des vierges, voir même chez des hommes, des boucs ou d'autres animaux mâles » (2). Le pouvoir galactogène de la succion est donc bien démontré.

1. A. B. Marfan. *Traité de l'allaitement.*

2. Tarnier et Chantreuil. *Traité de l'art desaccouchements*, 1888.

Dans les cas d'hypogalactie primaire, la tétée artificielle interviendra précieusement pour permettre des succions répétées sans inconvénients pour la mère et hâter ainsi la montée laiteuse, pendant qu'on épargnera à l'enfant des efforts qui ne tarderaient pas de le décourager.

La tétée artificielle trouvera encore son application chez les femmes au mamelon trop volumineux pour se loger dans la boucle du nouveau-né.

Dans les cas d'abcès de sein nécessitant une interruption temporaire de l'allaitement, M. le professeur agrégé Wallich a pu, grâce à la tétée artificielle, entretenir normalement la sécrétion.

Quand l'enfant sera atteint de coryza qui l'oblige à respirer par la bouche, de muguet qui lui rend la succion douloureuse, de macroglossie et de paralysie faciale périphérique qui l'empêchent de téter, ce sera encore la méthode de choix.

L'indication sera même absolue quand l'enfant pourra contaminer le sein qu'il tette comme dans les cas de coryza syphilitiques de plaques de Parrot où pullule le streptocoque, d'ophtalmie, d'érysipèle, etc.

La tétée artificielle pourra rendre enfin des services exceptionnels dans les maternités. Elle écartera des nourrices, appelées momentanément à remplacer la mère dont la sécrétion diminue, tout danger de contagion.

Nous publions ici une observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Delestre, ancien chef de clinique à la maison d'accouchements Baudeloque.

Elle constitue un vrai cas d'urgence chez une mère, bonne nourrice et désirant allaiter, pour un enfant bien constitué, qui refuse le sein.

Mme X..., âgée de trente ans, primipare, accouche à terme le 4 avril 1909 d'une fille du poids de 3.200 grammes. L'enfant est mis au sein dès le lendemain. Les mamelons sont remarquablement larges et volumineux, d'une consistance très spéciale analogue à du caoutchouc, et percés seulement de trois ou quatre orifices. A chaque tétée, l'enfant fait un ou deux mouvements de succion, puis s'arrête et quitte le sein. Le 6 avril, il est mis au sein toutes les deux heures et demie, mais sans plus de succès que la veille. La mère désirant beaucoup nourrir, et la montée laiteuse commençant à se faire, j'eus alors l'idée d'essayer la succi-pompe.

Dans la journée du 7 et dans la nuit du 8 avril, on tira à plusieurs reprises 30 grammes de lait que l'enfant but à la cuiller.

Le 8 avril au matin, l'enfant qui, jusqu'à la veille diminuait, avait augmenté de 50 grammes.

Chaque jour, on tenta de faire boire l'enfant directement au sein sans y parvenir. Cela dura trente-sept jours pendant lesquels il fallut user de la succi-pompe à chaque tétée. Alors, subitement, il arriva que l'enfant se mit à téter.

Ces quantités de lait tirées pendant ces trente-sept jours, s'élevèrent progressivement de 40 à 70 grammes de lait par tétée, à raison de 7 tétées par vingt-quatre heures. Les augmentations de poids quotidiennes de l'enfant furent magnifiques. Les voici pour les quatorze premiers jours :

Premier jour.....	50	grammes
Deuxième jour....	25	—
Troisième jour....	65	—
Quatrième jour....	80	—
Cinquième jour....	40	—
Sixième jour.....	65	—
Septième jour.....	40	—
Huitième jour.....	30	—
Neuvième jour.....	20	—
Dixième jour.....	60	—
Onzième jour.....	35	—
Douzième jour.....	15	—
Treizième jour....	40	—
Quatorzième jour..	45	—

Le 14 mai, date à laquelle fut cessé l'usage de la succi-pompe l'enfant pesait 4.900 grammes. Il avait donc augmenté pendant ces trente-sept jours de 1.880 grammes, soit plus de 50 grammes par jour.

Cet enfant est actuellement superbe. La mère se sert encore de temps en temps de la succi-pompe lorsqu'elle doit s'absenter à l'heure de la tétée. Elle recueille, me disait-elle, en sept minutes, 120 grammes *de lait que* l'on donne en son absence à son bébé.

Il est évident que sans la succi-pompe, cette mère eût été obligée de prendre une nourrice mercenaire ou de nourrir son enfant au lait de vache.

OBSERVATIONS

Toutes nos observations ont été recueillies à la Clinique Baudelocque dans le service de M. le Professeur Pinard.

OBSERVATION I

Brièveté du mamelon et crevasse. — Reg. clin. n° 641.

Salle la Chapelle. Nom : M^me^ Pelamourgues. Entrée le 16 avril.

Accouchée le 18.

Primipare.

Dernières règles : 26 au 30 juin.

Poids de l'enfant à la naissance : 4350 grammes.

Placenta : 780 grammes.

Les deux mamelons sont courts. La femme présente encore une crevasse au sein droit. L'enfant ne peut saisir le mamelon et la mère souffre.

Poids le 19 avril : 4100 grammes.

Poids le 20 avril : 3900 grammes.

On commence les tétées artificielles le 20 avril.

Première tétée : Sein droit 10 gr., Sein g. 5 gr. Durée 10 m.

Deux. — — 4 gr. — 6 gr. —

Trois. — — 10 gr. — 6 gr. —

Quat. — — 9 gr. — 21 gr. —

Cinq. — — 15 gr. — 10 gr. —

— 100 grammes. Poids le 21 avril: 3800 grammes. Total de la traite: 96 grammes.

Le 21 avril :

Première tétée : Sein droit 20 gr., Sein g. 15 gr. Durée 10 m.

Deux. — — 10 gr. — 15 gr. —

Trois. — — 10 gr. — 25 gr. —

Quat. — — 20 gr. — 30 gr. —

Cinq. — — 25 gr. — 35 gr. —

Six. — — 15 gr. — 30 gr. —

Sep. — — 20 gr. — 40 gr. —

+ 30 grammes. Poids le 22 avril: 3830 grammes. Total de la traite: 310 grammes.

Le 22 avril:

Première tetée : Sein droit 40 gr., sein g. 20 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 50 gr. — 25 gr. —

Trois. — — 60 gr. — 30 gr. —

Quat. — — 30 gr. — 80 gr. —

Cinq. — — 60 gr. — 50 gr. —

Six. — — 20 gr. — 40 gr. —

Sept. — — 25 gr. — 50 gr. —

+ 50 grammes. Poids le 23 avril: 3880 grammes. Total de la traite: 580 grammes.

Le 23 avril :

Première tétée : Sein droit 35 gr., sein g. 30 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 50 gr. — 60 gr. —

Trois.	—	—	60 gr.	—	30 gr.	—
Quat.	—	—	50 gr.	—	40 gr.	—
Cinq.	—	—	60 gr.	—	25 gr.	—
Six.	—	—	55 gr.	—	40 gr.	—
Sep,	—	—	45 gr.	—	50 gr.	—

+ 40 grammes. Poids le 24 avril: 3920 grammes. Total de la traite : 630 grammes.

L'enfant qui ne pouvait pas prendre les bouts tette très bien. La crevasse est guérie.

OBSERVATION II

Prématuré. — Reg. clin., n° 643.

Salle la Chapelle. Nom; Madame Aubry. Entrée le 17 avril. Accouchée le 18.

Primipare.

Dernières règles: 19-23 juillet.

Poids de l'enfant à la naissance: 3100 grammes.

Placenta: 480 grammes.

Les mamelons sont très bien formés mais l'enfant est débile et ne peut pas prendre le sein.

La date des dernières règles indique que cette femme n'est pas à terme.

Poids le 19 avril: 3000 grammes

— 20 — 3000 —

— 21 — 3000 —

— 22 — 2950 —

On commence les tétées artificielles le 22 avril.

Première tétée : Sein droit 50 gr., sein g. 20 gr. Durée 10 m.

Deux.	—	—	40 gr.	—	30 gr.	—
Trois.	—	—	40 gr.	—	35 gr.	—
Quat.	—	—	30 gr.	—	45 gr.	—
Cinq.	—	—	45 gr.	—	35 gr.	—
Six.	—	—	40 gr.	—	35 gr.	—
Sep.	—	—	25 gr.	—	25 gr.	—

+ 50 grammes. Poids le 23 avril: 3000 grammes. Total de la traite 495.

Le 23 avril:

Première tétée : Sein droit 35 gr., sein g. 25 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	40 gr.	—	15	—
Trois.	—	—	60 gr.	—	30 gr.	—
Quat.	—	—	50 gr.	—	20 gr.	—
Cinq.	—	—	40 gr.	—	25 gr.	—
Six.	—	—	55 gr.	—	20 gr.	—
Sept.	—	—	30 gr.	—	20 gr.	—

+ 40 grammes. Poids le 24 avril: 3040 grammes. Total de la traite: 465 grammes.

Le 24 avril:

Première tétée : Sein droit 30 gr., sein g. 50 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	45 gr.	—	15 gr.	—
Trois.	—	—	30 gr.	—	15 gr.	—
Quat.	—	—	25 gr.	—	10 gr.	—
Cinq.	—	—	50 gr.	—	15 gr.	—
Six.	—	—	30 gr.	—	20 gr.	—
Sept.	—	—	40 gr.	—	25 gr.	—

+ 30 grammes. Poids le 25 avril: 3070 grammee. Total de la traite: 400 grammes.

Le 25 avril :

Première tétée : Sein droit 30 gr. sein g. 60 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 45 gr. — 30 gr. —

Trois. — — 55 gr. — 30 gr. —

Quat. — — 40 gr. — 30 gr. —

Cinq. — — 35 gr. — 40 gr. —

Sixième — — 30 gr. — 35 gr. —

Septième — — 35 gr. — 25 gr. —

+ 30. Poids le 26 avril : 3100 gr. Total traite 520 gr.

Le 26 avril. — L'enfant tette le sein droit.

Première tétée : Sein gauche 25 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 30 gr. —

Trois. — — 25 gr. —

Quat. — — 30 gr. —

Cinq. — — 35 gr. —

Sixième — — 30 gr. —

Sept. — — 20 gr. —

+ 30. Poids le 27 avril : 3130 gr. Total traite 195 gr.

Le 27 avril.

Première tétée : Sein gauche 25 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 30 gr. —

Trois. — — 60 gr. —

Quat. — — 40 gr. —

Cinq. — — 25 gr. —

Sixième — — 30 gr. —

Sept. — — 40 gr. —

+ 20. Poids le 28 avril : 3150 gr. Total traite 220 gr.

L'enfant tette parfaitement les deux seins. La femme quitte la Clinique.

OBSERVATION III (Débile)

Reg. Clin., n° 646

Salle la Chapelle. Nom : Mme Pfeiffer. Entrée le 18 avril. Accouchée le 18 avril.

Primipare.

Dernières règles : du 7 au 10 juillet.

Poids de l'enfant à la naissance... 2.950 gr.

Placenta ..... 530 gr.

Cet enfant est débile et ne prend pas le sein.

Poids le 19 avril ..... 2.750 gr.

— 20 avril ..... 2.700 gr.

— 21 avril ..... 2.700 gr.

— 22 avril ..... 2.700 gr.

On commence les tétées artificielles le 22 avril.

Première tétée :	Sein droit	55 gr.	sein g.	40 gr.	Durée	10 m.
Deux.	—	—	30 gr.	—	30 gr.	—
Trois.	—	—	30 gr.	—	35 gr.	—
Quat.	—	—	30 gr.	—	30 gr.	—
Cinq.	—	—	40 gr.	—	40 gr.	—
Sixième	—	—	40 gr.	—	30 gr.	—
Sept.	—	—	40 gr.	—	35 gr.	—

+ 30. Poids le 23 avril 2.730 gr. Total traite 505 gr.

Le 23 avril :

Première tétée :	Sein droit	40 gr.	sein g.	60 gr.	Durée	5 m.
Deux.	—	—	30 gr.	—	40 gr.	—
Trois.	—	—	20 gr.	—	40 gr.	—
Quat.	—	—	25 gr.	—	35 gr.	—

Cinq. — — 30 gr. — 40 gr. —

Sixième — — 30 gr. — 20 gr. —

Sept. — — 35 gr. — 35 gr. —

+ 40. Poids le 24 avril : 2770 gr. Total traite 480 gr.

L'enfant tette parfaitement les deux seins. On l'abandonne à la mère.

OBSERVATION IV

Convulsions suivies d'inappétence. — Reg. Clin., n° 676

Salle la Chapelle. Nom : M^me^ Guinard. Entrée le 3 avril, accouchée le 23.

Secondipare.

Dernières règles : du 29 juin au 2 juillet.

Poids de l'enfant à la naissance ..... 4.200 gr.

Placenta ..... 630 gr.

La mère a été accouchée au forceps. Cet enfant a présenté le 25 avril des convulsions. Le 26 avril, il a refusé le sein.

Poids le 24 avril ..... 3.800 gr.

— 25 avril ..... 3.950 gr.

— 26 avril ..... 3.600 gr.

— 27 avril ..... 3.500 gr.

On commence les tétées artificielles le 27 avril.

Première tétée : Sein droit 25 gr. sein g. 10 gr. Durée 10 m.

Deux. — — 20 gr. — 20 gr. —

Trois. — — 30 gr. — 10 gr. —

Quat. — — 35 gr. — 10 gr. —

Cinq. — — 25 gr. — 10 gr. —

Sixième — — 15 gr. — 15 gr. —

Sept. — — 20 gr. — 10 gr. —

Même poids. Poids le 28 avril : 3500 gr. Total traite 255 gr.

Le 28 avril :

Première tétée : Sein droit 30 gr. sein g. 20 gr. Durée 5 m.
Deux. — — 15 gr. — 15 gr. —
Trois. — — 10 gr. — 15 gr. —
Quat. — — 25 gr. — 15 gr. —
Cinq. — — 25 gr. — 10 gr. —
Sixième — — 30 gr. — 15 gr. —
Sept. — — 15 gr. — 25 gr. —

+ 30. Poids le 29 avril : 3530 gr. Total traite 265 gr.

Le 29 avril.

Première tétée : Sein droit 40 gr. sein g. 25 gr. Durée 5 m.
Deux. — — 25 gr. — 15 gr. —
Trois. — — 20 gr. — 20 gr. —
Quat. — — 30 gr. — 25 gr. —
Cinq. — — 20 gr. — 10 gr. —
Sixième — — 25 gr. — 15 gr. —
Sept. — — 30 gr. — 15 gr. —

+ 20. Poids le 30 avril : 3550 gr. Total traite 315 gr.

Le 30 avril. — L'enfant tette parfaitement les deux seins. On l'abandonne à la mère.

OBSERVATION V

Brièveté du mamelon. — Reg. Clin., n° 744

Salle la Chapelle. Nom : Madame Rivet. Entrée le 4 mai.

Accouchée le 4.

Primipare.

Dernières règles : 1er au 5 août.

Poids de l'enfant à la naissance : 2570 grammes ; placenta : 420 grammes.

Les mamelons sont rétractés. L'enfant tette péniblement le sein droit et ne peut prendre le sein gauche qui est engorgé, turgescent.

Poids le 6 mai : 2500 grammes.

7 2350 —

8 2300 —

On commence la tétée artificielle le 8 mai.

Première tétée : Sein droit 20 gr., sein g. 40 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 50 gr. — 30 gr. —

Trois. — — 30 gr. — 20 gr. —

Quat. — — 40 gr. — 25 gr. —

Cinq. — — 25 gr. — 35 gr. —

Six. — — 25 gr. — 40 gr. —

Sept. — — 30 gr. — 25 gr. —

Même poids.

Poids le 9 mai : 2300 gr. Total traite : 435 gr.

Le 9 mai :

Première tétée : Sein droit 75 gr., sein g. 30 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 40 gr. — 25 gr. —

Trois. — — 45 gr. — 30 gr. —

Quat. — — 50 gr. — 30 gr. —

Cinq. — — 40 gr. — 30 gr. —

Six. — — 40 gr. — 35 gr. —

Sept. — — 35 gr. — 30 gr. —

+ 30. Poids le 10 mai : 2330 gr. Total traite : 535 gr.

Le 10 mai, l'enfant peut téter le sein gauche. On ne tire plus le lait qu'au sein droit.

Première tétée : Sein droit 40 gr. Durée cinq minutes

Deuxième — — 35 gr. —

Troisième — — 50 gr. —

Quatrième — — 40 gr. —
Cinquième — — 30 gr. —
Sixième — — 45 gr. —
Septième — — 35 gr. —

+ 40. Poids le 11 mai : 2.370 gr. Total traite : 275 gr.

Le 11 mai l'enfant tète parfaitement les deux seins. On l'abandonne à la mère.

OBSERVATION VI

Brièveté du mamelon. — *Reg.Clin.*, n° 732.

Salle n° 1. Nom : Madame Appell, Entrée le 2 mai, accouchée le 3.

Primipare.

Dernières règles : 20 au 25 juillet.

Poids de l'enfant à la naissance : 2750 grammes.

Placenta : 440 grammes.

Les deux mamelons sont rétractés. L'enfant fait quelques mouvements de succion, s'énerve vite et abandonne le sein.

Poids : 4 Mai : 2590 grammes
— 5 — 2550 —
— 6 — 2430 —
— 7 — 2400 —
— 8 — 2320 —

On commence les tétées artificielles le 8 mai.

Première tétée : Sein droit 15 gr., sein g. 25 gr. Durée 5 m.
Deux. — — 20 gr., — 25 gr. —
Trois. — — 30 gr., — 30 gr. —
Quatr. — — 25 gr., — 30 gr. —

Cinq. — — 40 gr., — 20 gr. —

Six. — — 40 gr., — 15 gr. —

Sept. — — 30 gr., — 25 gr. —

— 20. Poids le 9 mai : 2300 grammes. Total traite : 370 grammes.

Le 9 mai :

Première tétée : Sein droit 30 gr., sein g. 25 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 40 gr., — 20 gr. —

Trois. — — 15 gr., — 10 gr. —

Quatr. — — 10 gr., — 30 gr. —

Cinq. — — 25 gr., — 35 gr. —

Six. — — 30 gr., — 20 gr. —

Sept. — — 20 gr., — 25 gr. —

+ 30. Poids le 10 mai : 2330 grammes. Total traite : 335 grammes.

Le 10 mai l'enfant tette seul et la femme quitte la Clinique.

OBSERVATION VII

Prématuré.— Reg. Clin., n° 764

Salle La Chapelle. Nom : Madame Pigis. Entrée le 7 mai, accouchée le 8.

Quarti pare.

Dernières règles : 23 au 27 août.

Poids de l'enfant à la naissance : 3100 grammes.

Placenta : 480 grammes.

Les mamelons sont bien formés, mais cet enfant est un

prématuré. Il ne tete pas. Les seins de la mère sont pleins de lait.

Poids le 9 mai : 2900 grammes.

— 10 — 2850 —

— 11 — 2750 —

On commence les tétées artificielles le 11 mai.

Première tétée : Sein droit 40 gr., sein g. 40 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 30 gr., — 40 gr. —

Trois. — — 25 gr., — 35 gr. —

Quatr. — — 25 gr., — 45 gr. —

Cinq. — — 50 gr., — 30 gr. —

Six. — — 40 gr., — 30 gr. —

Sept. — — 35 gr., — 40 gr. —

+ 30. Poids le 12 mai : 2780 grammes. Total traite : 505 grammes.

Le 12 mai :

Première tétée : Sein droit 30 gr., sein g. 35 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 25 gr., — 40 gr. —

Trois. — — 40 gr., — 30 gr. —

Quatr. — — 30 gr., — 45 gr. —

Cinq. — — 40 gr., — 30 gr. —

Six. — — 45 gr., — 20 gr. —

Sept. — — 30 gr., — 25 gr. —

+ 50. Poids le 13 mai : 2830 grammes. Total traite : 465 grammes.

Le 13 mai, l'enfant tete bien. On l'abandonne à la mère.

OBSERVATION VIII

Prématuré. — Reg. Clin., n° 796.

Salle la Chapelle. Nom : Madame Dardival. Entrée le 28 avril.

Accouchée le 11 mai.

Primipare.

Dernières règles : 11-15 août.

Poids de l'enfant à la naissance : 3400 grammes.

Placenta : 520 grammes.

Les seins sont bien conformés et pleins de lait. Mais l'enfant est somnolent et ne tète pas. C'est d'ailleurs un prématuré.

Poids le 13 mai : 3100 grammes

— 14 3100 —

On commence les tétées artificielles le 15 mai.

Première tétée :	Sein droit	20 gr.,	sein g.	25 gr.	Durée	10 m.
Deux.	—	—	30 gr.	—	20 gr.	—
Trois.	—	—	20 gr.	—	30 gr.	—
Quat.	—	—	25 gr.	—	25 gr.	—
Cinq.	—	—	30 gr.	—	30 gr.	—
Six.	—	—	35 gr.	—	40 gr.	—
Sept.	—	—	25 gr.	—	30 gr.	—

+ 30. Poids le 16 mai : 3130 gr. Total traite : 385 gr.

Le 16 mai :

Première tétée :	Sein droit	25 gr.,	sein g.	35 gr.	Durée	5 m.
Deux.	—	—	30 gr.	—	30 gr.	—
Trois.	—	—	30 gr.	—	40 gr.	—

Quat.	—	—	15 gr.	—	25 gr.	—
Cinq.	—	—	18 gr.	—	35 gr.	—
Six.	—	—	20 gr.	—	30 gr.	—
Sept.	—	—	30 gr.	—	25 gr.	—

+ 20. Poids le 17 mai : 3150 grammes. Total traite : 388 grammes.

Le 17 mai, l'enfant mis au sein tette seul. On l'abandonne à la mère.

OBERVATION IX

Crevasses. — Reg. clin., n° 802

Salle Mauriceau. Nom : Madame Leroy. Entrée le 13 mai.

Accouchée le 13.

Secondipare.

Dernières règles : 4 au 10 août.

Poids de l'enfant à la naissance : 2820 grammes.

Placenta : 470 grammes.

La femme présente aux deux mamelons des crevasses qui lui rendent l'allaitement très pénible.

Poids le 14 mai :		2700 grammes.	
—	15	2680	—
—	16	2700	—
—	17	2740	—
—	18	2770	—

On commence les tétées artificielles le 18 mai.

Première tétée : Sein droit 40 gr., sein g. 30 gr. Durée 5 m.
Deux. — — 30 gr. — 30 gr. —
Trois. — — 25 gr. — 35 gr. —
Quat. — — 30 gr. — 35 gr. —
Cinq. — — 35 gr. — 25 gr. —
Six. — — 40 gr. — 20 gr. —
Sept. — — 30 gr. — 20 gr. —

+ 30. Poids le 19 mai : 2800 gr. Total traite : 425 gr.

Le 19 mai :

Première tétée : Sein droit 40 gr., sein g. 20 gr. Durée 5 m.
Deux. — — 30 gr. — 25 gr. —
Trois. — — 35 gr. — 35 gr. —
Quat. — — 35 gr. — 30 gr. —
Cinq. — — 20 gr. — 30 gr. —
Six. — — 25 gr. — 35 gr. —
Sept. — — 30 gr. — 40 gr. —

+ 30. Poids le 20 mai : 2830 grammes. Total traite : 430 grammes.

Le 20 mai, les crevasses sont guéries et la femme recommence l'allaitement.

OBSERVATION X

Prématuré. — Reg. clin., n° 817

Salle la Chapelle. Nom : Madame Patrigeon. Entrée le 15 mai.

Accouchée le 15.

Secondipare.

Dernières règles : 14 au 18 août.

Poids de l'enfant à la naissance : 3000 grammes.

Placenta : 450 grammes.

Cet enfant est un prématuré. Il ne peut prendre le sein.

Poids le 17 mai : 2800 grammes

— 18 2700 —

On commence les tétées artificielles.

Le 18 mai :

Première tétée : Sein droit 25 gr., sein g. 30 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 30 gr. — 35 gr. —

Trois. — — 20 gr. — 40 gr. —

Quat. — — 30 gr. — 20 gr. —

Cinq. — — 30 gr. — 30 gr. —

Six. — — 35 gr. — 20 gr. —

Sept. — — 25 gr. — 20 gr. —

+ 30. Poids le 19 mai : 2730 grammes. Total traite : 390 grammes.

Le 19 mai, l'enfant mis au sein prend lui-même sa ration.

On l'abandonne à la mère.

OBSERVATION XI

Mamelon plat. — Reg. clin., n° 821

Salle la Chapelle. Nom : Madame Provost. Entrée le 16 mai.

Accouchée le 16.

Primipare.

Dernières règles : 25 au 30 juillet.

Poids de l'enfant à la naissance : 3320 grammes.

Placenta : 420 grammes.

Les mamelons sont plats, les seins volumineux. L'enfant ne peut pas téter.

Poids le 17 mai : 3150 grammes
— 18 3100 —
— 19 3000 —

On commence les tétées artificielles le 19 mai.

Première tétée : Sein droit 20 gr., sein g. 45 gr. Durée 5 m.
Deux. — — 25 gr. — 35 gr. —
Trois. — — 30 gr. — 40 gr. —
Quat. — — 30 gr. — 30 gr. —
Cinq. — — 30 gr. — 25 gr. —
Six. — — 25 gr. — 30 gr. —
Sept. — — 20 gr. — 35 gr. —

Même poids. Poids le 20 mai : 3000 grammes. Total traite : 420 grammes.

Le 20 mai :

Première tétée : Sein droit 25 gr., sein g. 40 gr. Durée 5 m.
Deux. — — 30 gr. — 35 gr. —
Trois. — — 35 gr. — 40 gr. —
Quatr. — — 30 gr. — 30 gr. —
Cinq. — — 35 gr. — 20 gr. —
Six. — — 25 gr. — 25 gr. —
Sept. — — 30 gr. — 40 gr. —

+ 40. Poids le 21 mai : 3040 grammes. Total traite : 440 grammes.

Le 21 mai, les mamelons sont formés et l'enfant tette seul.

OBSERVATION XII

Bec de lièvre compliqué. — Reg. clin., n° 829.

Salle de la Chapelle. Nom : Madame Chauchot. Entrée le 18 mai.

Accouchée le 18.

Secondipare. (Premier enfant vivant bien conformé).

Dernières règles : 23-26 juillet.

Poids de l'enfant à la naissance : 3400 grammes.

Placenta : 500 —

Cet enfant est né avec une division unilatérale de la lèvre supérieure dans sa moitié droite, prolongée par une fissure de la voûte palatine. Les mouvements de succion sont impossibles.

Poids le 19 mai : 3200 grammes

— le 20 mai : 3200 —

On commence les tétées artificielles le 20 mai.

Première tétée :	Sein droit	20 g.,	sein g.	25 gr.	Durée	10 m.
Deux.	—	—	30 gr.	—	15 gr.	—
Trois.	—	—	25 gr.	—	20 gr.	—
Quatr.	—	—	35 gr.	—	20 gr.	—
Cinq.	—	—	30 gr.	—	15 gr.	—
Six.	—	—	25 gr.	—	20 gr.	—
Sept.	—	—	30 gr.	—	25 gr.	—

Même poids. Poids le 21 mai : 3200 grammes. Total de la traite : 335 grammes.

Le 21 mai :

Première tétée :	Sein droit	30 gr.,	sein g.	35 gr.	Durée	5 m.
Deux.	—	—	25 gr.,	—	30 gr.	—
Trois.	—	—	30 gr.,	—	30 gr.	—
Quatr.	—	—	35 gr.	—	20 gr.	—
Cinq.	—	—	30 gr.	—	20 gr.	—
Six.	—	—	25 gr.	—	30 gr.	—
Sept.	—	—	30 gr.	—	20 gr.	—

+ 30 grammes. Poids le 22 mai : 3230. Total des traites : 390 grammes.

Le 22 mai :

Première tétée : Sein droit 40 gr., sein g. 45 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	50 gr.,	—	40 gr.	—
Trois.	—	—	60 gr.,	—	70 gr.	—
Quatr.	—	—	60 gr.,	—	65 gr.	—
Cinq.	—	—	75 gr.,	—	60 gr.	—
Six.	—	—	70 gr.,	—	50 gr.	—
Sept.	—	—	65 gr.,	—	60 gr.	—

+ 20 grammes. Poids le 23 mai : 3250 grammes. Total de la traite : 810 grammes.

Le 23 mai :

Première tétée : Sein droit 60 gr., sein g. 50 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	80 gr.,	—	85 gr.	—
Trois.	—	—	75 gr.,	—	80 gr.	—
Quatr.	—	—	70 gr.	—	55 gr.	—
Cinq.	—	—	60 gr.	—	55 gr.	—
Six.	—	—	65 gr.	—	60 gr.	—
Sept.	—	—	60 gr.	—	60 gr.	—

Même poids. Poids le 24 mai : 3250 grammes. Total de la traite : 915 grammes.

Le 24 mai :

Première tétée : Sein droit 65 gr., sein g. 60 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	70 gr.	—	75 gr.	—
Trois.	—	—	60 gr.	—	70 gr.	—
Quatr.	—	—	55 gr.	—	75 gr.	—
Cinq.	—	—	70 gr.	—	60 gr.	—
Six.	—	—	60 gr.	—	50 gr.	—
Sept.	—	—	65 gr.	—	60 gr.	—

+ 30 grammes. Poids le 25 mai : 3280 grammes. Total de la traite : 895 grammes.

Le 25 mai :

Première tétée : Sein droit 70 gr., sein g. 65 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	80 gr.	—	60 gr.	—
Trois.	—	—	60 gr.	—	60 gr.	—
Quatr.	—	—	55 gr.	—	50 gr.	—
Cinq.	—	—	70 gr.	—	60 gr.	—
Six.	—	—	65 gr.	—	60 gr.	—
Sept.	—	—	50 gr.	—	55 gr.	—

+ 40 grammes. Poids le 26 mai : 3320 grammes. Total de la traite : 860 grammes.

Le 26 mai :

Première tétée : Sein droit 60 gr., sein g. 60 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	70 gr.	—	55 gr.	—
Trois.	—	—	65 gr.	—	70 gr.	—
Quatr.	—	—	70 gr.	—	65 gr.	—
Cinq.	—	—	60 gr.	—	50 gr.	—
Six.	—	—	55 gr.	—	80 gr.	—
Sept.	—	—	50 gr.	—	55 gr.	—

— 20 grammes. Poids le 27 mai : 3300 grammes. Total de la traite : 865 grammes.

Le 27 mai :

Première tétée : Sein droit 50 gr., sein g. 60 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	60 gr.	—	65 gr.	—
Trois.	—	—	70 gr.	—	50 gr.	—
Quatr.	—	—	55 gr.	—	60 gr.	—
Cinq.	—	—	50 gr.	—	55 gr.	—
Six.	—	—	70 gr.	—	60 gr.	—
Sept.	—	—	55 gr.	—	50 gr.	—

+ 50 grammes. Poids le 28 mai : 3350 grammes. Total de la traite : 810 grammes.

Le 28 mai :

Première tétée : Sein droit 60 gr., sein g. 60 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	55 gr.	—	50 gr.	—
Trois.	—	—	70 gr.	—	60 gr.	—
Quatr.	—	—	75 gr.	—	50 gr.	—
Cinq.	—	—	65 gr.	—	70 gr.	—
Six.	—	—	80 gr.	—	60 gr.	—
Sept.	—	—	75 gr.	—	70 gr.	—

+ 20 grammes. Poids le 29 mai : 3370 grammes. Total de la traite : 900 grammes.

Le 29 mai, la femme quitte la clinique pour aller au Vésinet :

Poids de l'enfant au Vésinet :

2 juin	:	3470	grammes.
4	»	3450	»
7	»	3350	»
9	»	3370	»
11	»	3395	»
14	»	3550	»

OBSERVATION XIII

Prématuré. — Reg., clin. n° 851.

Salle La Chapelle. Nom, Madame Bouillaud. Entrée le 22 mai, accouchée le 22.

Primipare.

Dernières règles, 23-27 août.

Poids de l'enfant à la naissance 3050 grammes.

Placenta 470 —

Les seins sont bien conformés et la mère est bonne nourrice, mais cet enfant est un prématuré. Il rejette incessamment les quantités de lait, si minimes qu'elles soient, qu'on essaie de lui introduire dans la bouche.

Poids le 23 mai : 2920 grammes.

— 24 — 2800 —

— 25 — 2700 —

On commence les tétées artificielles, le 25 mai.

Première tétée : Sein droit 20 gr. sein g. 30 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	30 gr.	—	35 gr.	—
Trois.	—	—	25 gr.	—	30 gr.	—
Quat.	—	—	35 gr.	—	40 gr.	—
Cinq.	—	—	30 gr.	—	35 gr.	—
Six.	—	—	35 gr.	—	20 gr.	—
Sept.	—	—	25 gr.	—	20 gr.	—

Même poids : Poids le 26 mai, 2700 grammes. Total de la traite, 410 grammes.

Le 26 mai :

Première tétée : Sein droit 30 gr., sein g. 35 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	40 gr.	—	30 gr.	—
Trois.	—	—	30 gr.	—	25 gr.	—
Quat.	—	—	35 gr.	—	30 gr.	—
Cinq.	—	—	20 gr.	—	40 gr.	—
Six.	—	—	30 gr.	—	30 gr.	—
Sept.	—	—	25 gr.	—	30 gr.	—

+ 20 grammes. Poids le 27 mai : 2720 grammes. Total de la traite : 430 grammes.

Dans la journée du 26, l'enfant a commencé à prendre un peu de lait.

Le 27 mai :

Première tétée : Sein droit 40 gr., sein g. 35 gr. Durée 5 m.
Deux. — — 30 gr. — 30 gr. —
Trois. — — 35 gr. — 25 gr. —
Quat. — — 40 gr. — 30 gr. —
Cinq. — — 50 gr. — 30 gr. —
Six. — — 35 gr. — 40 gr. —
Sep. — — 30 gr. — 25 gr. —

+ 30 grammes. Poids le 28 mai : 2750 grammes. Total de la traite, 475 grammes.

Dans la journée du 27, l'enfant mis au sein commençait à faire des mouvements de succion. Le 28, il tette très bien. On l'abandonne à la mère.

OBSERVATION XIV

Jumeaux prématurés. — Reg. clin., n° 841

Salle La Chapelle. Nom : Madame Auget. Entrée le 18 mai, accouchée le 20.

Primipare.

Dernières règles, 15-19 septembre.

Poids à la naissance : *a*. 1550 grammes.
— *b*. 1400 —

Placenta, 580 grammes

Ces deux petits prématurés sont dans l'impossibilité absolue de téter, et leur poids diminue de jour en jour malgré le lait stérilisé.

Poids *a*		Poids *b*	
Le 22 mai :	1500 grammes	Le 22 mai :	1350 grammes
23	1400 —	23	1280 —
24	1370 —	24	1250 —
25	1300 —	25	1200 —

On commence les tétées artificielles le 25 mai.

Le 25 mai :

Première tétée : Sein droit 5 gr., sein g. 8 gr. Durée 10 m.

Deux. — — 10 gr. — 2 gr. —

Trois. — — 7 gr. — 8 gr. —

Quat. — — 15 gr. — 5 gr. —

Cinq. — — 10 gr. — 10 gr. —

Six. — — 5 gr. — 15 gr. —

Sept. — — 10 gr. — 5 gr. —

Même poids : le 26 mai, *a*. 1300 grammes. *b*. 1200 grammes. Total de la traite, 115 grammes.

Le 26 mai :

Première tétée : Sein droit 10 gr., sein g. 30 gr. Durée 10 m.

Deux. — — 15 gr. — 20 gr. —

Trois. — — 10 gr. — 15 gr. —

Quat. — — 10 gr. — 5 gr. —

Cinq. — — 15 gr. — 30 gr. —

Six. — — 20 gr. — 10 gr. —

Sept. — — 15 gr. — 5 gr. —

a. — 30, *b*. — 40. Poids, le 27 mai, *a*. 1270, *b*. 1160. Total de la traite : 210 grammes.

Le 27 mai :

Première tétée : Sein droit 15 gr., sein g. 20 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 20 gr. — 25 gr. —

Trois. — — 30 gr. — 10 gr. —

Quat.	—	—	10 gr.	—	30 gr.	—
Cinq.	—	—	15 gr.	—	25 gr.	—
Six.	—	—	10 gr.	—	20 gr.	—
Sept.	—	—	25 gr.	—	15 gr.	—

a. Même poids : le même poids. Poids le 28 mai, *a*. 1270 grammes, *b*. 1160 grammes. Total de la traite, 270 grammes.

Le 28 mai :

Première tétée : Sein droit 35 gr., sein g. 30 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	30 gr.	—	25 gr.	—
Trois.	—	—	40 gr.	—	35 gr.	—
Quat.	—	—	30 gr.	—	20 gr.	—
Cinq.	—	—	35 gr.	—	25 gr.	—
Six.	—	—	30 gr.	—	15 gr.	—
Sept.	—	—	25 gr.	—	20 gr.	—

a. Même poids : *b*. + 10. Poids le 29 mai, *a*. 1270 grammes, *b*. 1170 grammes. Total de la traite, 395 grammes.

Le 29 mai :

Première tétée : Sein droit 20 gr., sein g. 30 gr. Durée 5 m.

Deux.	—	—	30 gr.	—	35 gr.	—
Trois.	—	—	35 gr.	—	30 gr.	—
Quatr.	—	—	40 gr.	—	30 gr.	—
Cinq.	—	—	25 gr.	—	30 gr.	—
Six.	—	—	35 gr.	—	30 gr.	—
Sept.	—	—	20 gr.	—	15 gr.	—

a + 10, *b*. + 10. Poids le 30 mai, *a*. 1280 grmmes, *b*. 1180 grammes. Total de la traite, 405 grammes.

Le 30 mai la femme quitte la clinique,

OBSERVATION XV

Mamelon plat. — Reg. Clin., n° 855

Salle La Chapelle. Nom : Madame Rousseau, Entrée le 22 mai, accouchée le 22.

Primipare.

Dernières règles : 24-28 août.

Poids de l'enfant à la naissance : 3620 grammes.

Placenta : 540 grammes.

La mère a les seins gonflés de lait, mais le mamelon fait corps avec la mamelle et le sein globuleux n'offre aucune prise.

Poids le 24 mai : 3300 grammes.

— 25 — 3300 —

— 26 — 3250 —

On commence des tétées artificielles le 26 mai.

Première tétée : Sein droit 40 gr., sein g. 35 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 30 gr., — 35 gr. —

Trois. — — 50 gr., — 25 gr. —

Quatr. — — 40 gr., — 35 gr. —

Cinq. — — 30 gr., — 30 gr. —

Six. — — 30 gr., — 25 gr. —

Sept. — — 20 gr., — 25 gr. —

+ 50. Poids le 27 mai : 3300 grammes. Total de la traite 450 grammes.

Le 27 mai :

Première tétée : sein droit 45 gr., sein g. 40 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 35 gr., sein g. 40 gr. —

Trois. — — 30 gr., — 50 gr. —

Quatr. — — 40 gr., — 40 gr. —

Cinq. — — 60 gr., — 25 gr. —

Six. — — 50 gr., — 20 gr. —

Sept. — — 40 gr., — 20 gr. —

+ 60. Poids le 28 mai : 3360 grammes. Total traite : 535 grammes.

Le 28 mai :

Première tétée : Sein droit : 50 gr., sein g. 35 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 30 gr., — 40 gr. —

Trois. — — 35 gr., — 40 gr. —

Quatr. — — 55 gr., — 35 gr. —

Cinq. — — 30 gr., — 30 gr. —

Six. — — 35 gr., — 40 gr. —

Sept. — — 30 gr., — 20 gr. —

+ 40. Poids le 29 mai : 3400 grammes. Total traite : 505 grammes.

Le 29 mai l'enfant mis au sein tète parfaitement. On l'abandonne à la mère.

OBSERVATION XVI

Mamelon plat. — Reg. Clin. n° 935.

Salle Solayrès. Nom : Madame M..., Entrée le 4 juin, accouchée le 5.

Primipare.

Dernières règles : 1-4 septembre.

Poids de l'enfant à la naissance : 2750 grammes.

Placenta : 380 grammes.

Les mamelons sont plats. L'enfant mis au sein ne fait aucune tentative de succion.

On a d'ailleurs affaire à un débile.

Poids le 7 juin : 2600 grammes.

— 8 — 2520 —

On commence les tétées artificielles le 8 juin.

Première tétée : Sein droit 18 gr., sein g. 20 gr. Durée 10 m.

Deux. — — 20 gr., — 30 gr. —

Trois. — — 15 gr., — 20 gr. —

Quatr. — — 20 gr., — 25 gr. —

Cinq. — — 30 gr., — 15 gr. —

Six. — — 20 gr., — 15 gr. —

Sept. — — 10 gr., — 30 gr. —

+ 30. Poids le 9 juin : 2550 grammes. Total traite : 288 grammes.

Le 9 juin :

Première tétée : Sein droit 25 gr., sein g. 20 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 20 gr. — 30 gr. —

Trois. — — 30 gr. — 25 gr. —

Quatr. — — 25 gr. — 25 gr. —

Cinq. — — 35 gr. — 15 gr. —

Six. — — 30 gr. — 20 gr. —

Sept. — — 25 gr. — 20 gr. —

+ 40. Poids le 10 juin : 2590 grammes. Total traite : 345 grammes.

Le 10 juin :

Première tétée : Sein droit 25 gr., sein g. 35 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 20 gr., — 25 gr. —

Trois. — — 30 gr., — 20 gr. —

Quatr. — — 35 gr., — 25 gr. —

Cinq. — — 30 gr., — 30 gr. —

Six. — — 40 gr., — 20 gr. —

Sept. — — 35 gr., — 30 gr. —

+ 30. Poids le 11 juin : 2620 grammes. Total traite : 400 grammes.

Le 11 juin :

Première tétée : Sein droit 30 gr., sein g. 35 gr., Durée 5 m.

Deux. — — 25 gr., — 30 gr., —

Trois. — — 30 gr., — 25 gr., —

Quatr. — — 40 gr., — 30 gr., —

Cinq. — — 35 gr., — 30 gr., —

Six. — — 30 gr., — 30 gr., —

Sept. — — 35 gr., — 25 gr., —

+ 40. Poids 12 juin : 2660 grammes. Total traite : 430 grammes.

Le 12 juin l'enfant tette seul. On l'abandonne à la mère.

OBSERVATION XVII

Debile. — Reg Clin., n° 929.

Salle Solayrès. Nom : Madame V..., Entrée le 3 juin, accouchée le 4.

Primipare.

Dernières règles : 16-19 août.

Poids de l'enfant à la naissance : 2100 grammes.

Placenta : 300 grammes.

Cet enfant offre l'aspect d'un débile. Mis au sein, il ne tette pas

Poids le 6 juin : 1990 grammes

— 7 — 1990 —

— 8 — 2000 —

On commence les tétées artificielles le 8 juin.

Première tétée : Sein droit 10 gr., sein g. 15 gr. Durée 10 m.

Deux. — — 8 gr. — 10 gr. —

Trois. — — 15 gr. — 5 gr. —

Quatr. — — 20 gr. — 20 gr. —

Cinq. — — 30 gr. — 5 gr. —

Six. — — 25 gr. — 15 gr. —

Sept. — — 20 gr. — 10 gr. —

Même poids. Poids le 9 juin : 2000 grammes. Total de la traite 208 grammes.

Le 9 juin :

Première tétée : Sein droit 20 gr. sein g. 10 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 25 gr. — 10 gr. —

Trois, — — 15 gr. — 20 gr. —

Quat. — — 30 gr. — 20 gr. —

Cinq. — — 25 gr. — 15 gr. —

Six. — — 20 gr. — 20 gr. —

Sept. — — 30 gr. — 15 gr. —

+ 30. Poids le 10 juin : 2030 gr. Total traite 275 gr.

Le 10 juin :

Première tétée : Sein droit 20 gr. sein g. 25 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 25 gr. — 15 gr. —

Trois. — — 30 gr. — 20 gr. —

Quat. — — 35 gr. — 30 gr. —

Cinq. — — 25 gr. — 20 gr. —

Six. — — 30 gr. — 30 gr. —

Sept. — — 40 gr. — 15 gr. —

+ 10. Poids le 11 juin : 2040 gr. Total traite 360 gr.

Le 11 juin :

Première tétée : Sein droit 25 gr. sein g. 20 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 30 gr. — 20 gr. —
Trois. — — 35 gr. — 25 gr. —
Quat. — — 30 gr. — 30 gr. —
Cinq. — — 35 gr. — 30 gr. —
Six. — — 40 gr. — 20 gr. —
Sept. — — 30 gr. — 25 gr. —

+ 20. Poids le 12 juin : 2060 gr. Total traite 395 gr.

Le 12 juin.

Première tétée : Sein droit 30 gr. sein g. 25 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 35 gr. — 30 gr. —
Trois. — — 30 gr. — 20 gr. —
Quat. — — 40 gr. — 25 gr. —
Cinq. — — 35 gr. — 30 gr. —
Six. — — 30 gr. — 30 gr. —
Sept. — — 25 gr. — 30 gr. —

+ 10. Poids le 13 juin : 2070 gr. Total traite 415 gr.

Le 13 juin :

Première tétée : Sein droit 35 gr. sein g. 30 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 25 gr. — 40 gr. —
Trois. — — 30 gr. — 35 gr. —
Quat. — — 40 gr. — 30 gr. —
Cinq. — — 35 gr. — 30 gr. —
Six. — — 30 gr. — 35 gr. —
Sept. — — 30 gr. — 30 gr. —

+ 30. Poids le 14 juin : 2100 gr. Total traite 455 gr.

Le 14 juin. — La femme quitte la clinique.

OBSERVATION XVIII

(*Brièveté du mamelon*). — *Reg. Clin.*, n° 976

Salle la Chapelle. Nom : Mme G... Entrée le 1er juin accouchée le 12.

Secondipare.

Du 12 au 20 septembre :

Poids de l'enfant à la naissance.. 3.500 gr.

Placenta ..... 480 gr.

Les mamelons sont courts et l'enfant ne peut les saisir malgré ses tentatives de succion.

Poids le 14 juin..... 3.200 gr.

On commence les tétées artificielles le 14 juin.

Le 14 juin :

Première tétée : Sein droit 10 gr. sein g. 10 gr. Durée 10 m.

Deux. — — 15 gr. — 5 gr. —

Trois. — — 10 gr. — 15 gr. —

Quat. — — 20 gr. — 10 gr. —

Cinq. — — 15 gr. — 15 gr. —

Six. — — 25 gr. — 5 gr. —

Sept. — — 20 gr. — 15 gr. —

Même poids. Poids le 15 juin : 3200 gr. Total traite 190 gr.

Le 25 juin :

Première tétée : Sein droit 15 gr. sein g. 15 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 20 gr. — 25 gr. —

Trois. — — 20 gr. — 30 gr. —

Quat. — — 25 gr. — 20 gr. —

Cinq. — — 30 gr. — 20 gr. —

Six. — — 30 gr. — 25 gr. —

Sept. — — 35 gr. — 20 gr. —

— 50. Poids le 16 juin : 3150 gr. Total traite 330 gr.

Le 16 juin :

Première tétée : Sein droit 15 gr., Sein g. 20 gr. Durée 5 m.

Deux. — — 20 gr. — 25 gr. —

Trois. — — 15 gr. — 30 gr. —

Quat. — — 30 gr. — 20 gr. —

Cinq. — — 25 gr. — 30 gr. —

Six. — — 20 gr. — 25 gr. —

Sept. — — 30 gr. — 20 gr. —

+ 30 grammes. Poids le 17 juin : 3,180. Total de la traite : 325 grammes.

Le 17 juin l'enfant tète facilement. On l'abandonne à la mère.

CONCLUSIONS

1° La tétée artificielle est indiquée dans tous les cas où la succion directe de l'enfant est difficile ou impossible.

Il nous a été facile à l'aide de la succi-pompe de M. de Rolian d'obtenir en quelques minutes des quantités de lait variant de 10 grammes à 160 grammes disponibles pour l'enfant.

2° Dans les malformations du mamelon on a pu par ce moyen modifier la forme défectueuse du mamelon en même temps qu'on fournissait au nourrisson les quantités de lait qui lui étaient nécessaires.

3° En cas de crevasses, la tétée artificielle permet, avec un minimum de douleur, de recueillir le lait nécessaire sans interrompre l'allaitement.

4° Chez les prématurés, on peut, grâce à la tétée artificielle éveiller et entretenir la sécrétion lactée ; aux lieu et place du nourrisson à qui il est possible de donner par ce moyen du lait maternel.

5° La tétée artificielle permet encore d'entretenir la lactation chez la mère dans les cas où la succion est impossible comme ceux où le nouveau-né est atteint de bec-de-lièvre.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — Le nouveau-né (1909).

Bar (P.). — La pratique de l'art des accouchements.

Budin. — Leçons de Clinique obstétricale (1889).

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements (10e édition).

Dluski (Mme). — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel (Thèse Paris 1894).

Marfan (A.-B.). — Traité de l'allaitement maternel.

Pinard. — La puériculture du premier âge.

Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements (1888).

Wallich (V.). — Eléments d'obstétrique.

— Revue pratique d'obstétrique et de pédiâtrie (Décembre 1908).

Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.